

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

667

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 27 Juillet 1901, à 4 heure

PAR

E. CADERAS

LA RUBÉOLE A RENNES
EN 1899

PRÉSIDENT : M. BERGER, professeur.

JUGES : MM. SCHWARTZ, POIRIER et MARFAN.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

JULES ROUSSET

Librairie Médicale et Scientifique

36, Rue Serpente, 36

En face la Faculté de Médecine

1901

667

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE }

700



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 20 Juillet 1901, à 1 heure

PAR

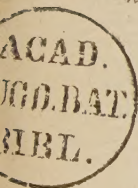
E. CADERAS

LA RUBÉOLE A RENNES
EN 1899

PRÉSIDENT : M. BERGER, professeur.

JUGES : MM. SCHWARTZ, POIRIER et MARFAN.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical*



PARIS

JULES ROUSSET

Librairie Médicale et Scientifique

36, Rue Serpente, 36

En face la Faculté de Médecine

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

Anatomie, MM. FARABEUF. — Physiologie, CH. RICHEL. — Physique médicale. GABRIEL. — Chimie organique et chimie minérale, GAUTIER. — Histoire naturelle médicale, BLANCHARD. Pathologie et thérapeutiques générales, BOUCHARD. — Pathologie médicale, HUTINEL, BRISSAUD. — Pathologie chirurgicale, LANNELONGUE. — Anatomie pathologique, CORNIL. — Histologie, MATHIAS DUVAL. — Opérations et appareils, BERGER. — Pharmacologie et matière médicale, POUCHET. — Thérapeutique, LANDOUZY. — Hygiène, PROUST. — Médecine légale, BROUARDEL. — Histoire de la médecine et de la chirurgie, N. — Pathologie expérimentale et comparée, CHANTEMESSE. Clinique médicale, MM. JACCOUD. HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE. — Clinique des maladies des enfants, GRANCHER. — Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, JOFFROY. — Clinique des maladies syphilitiques, FOURNIER. — Clinique des maladies du système nerveux, RAYMOND. — Clinique chirurgicale, TERRIER, DUPLAY, LE DENTU, TILLAUX. — Clinique ophtalmologique, PANAS. — Clinique des maladies des voies urinaires, GUYON. — Clinique d'accouchement. BUDIN, PINARD. — Clinique gynécologique, POZZI. — Clinique chirurgicale infantile, KIRMISSON.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ALBARRAN	DUPRE	LEJARS	THIERY
ANDRÉ	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
BONNAIRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA André	TOURETTE	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
CHARRIN	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHASSEVANT	HEIM	REMY	WALTER
DELBET	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE DAMANY

Professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Rennes

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine
de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon
Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, nous avons eu l'occasion d'observer à Rennes, en 1898 et en 1899, quelques cas de rubéole ; étant donné le petit nombre d'observations parues en France, nous avons cru bon, sur le conseil de notre professeur, M. le Dr Le Damany, d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Après un court chapitre d'historique, nous étudierons la rubéole entité morbide ; puis nous rappellerons, dans un troisième chapitre, les épidémies qui ont été signalées en France ; enfin, après l'étude des cas observés à Rennes, nous poserons les conclusions que nous croyons pouvoir en tirer.

Mais, avant d'aborder ce sujet, nous avons un devoir bien agréable à remplir, et nous sommes heureux de pouvoir remercier ici nos maîtres de l'école de Rennes. MM. les docteurs Perrin de la Touche, directeur de l'Ecole de médecine, Bodin, professeur, et Lautier, chef de travaux, nous ont donné, à maintes reprises, des marques de leur bienveillance ; qu'ils veuillent bien agréer nos hommages et l'assurance de notre vive reconnaissance.

Nous devons le sujet de cette thèse à M. le Dr Le Damany, qui a bien voulu nous donner quelques observations et nous aider de ses conseils ; qu'il veuille bien recevoir ici nos biens sincères remerciements et l'assurance de notre gratitude.

Monsieur le professeur Berger a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions d'agréer nos sentiments respectueux de reconnaissance.

HISTORIQUE

La rubéole, décrite en Allemagne sous le nom de *Rôtheln*, en Angleterre sous celui de *Rubella*, est encore connue sous le nom de *German measles*, *Hybrid measles*, *Roseola fibrilis*, *Epidemic roseola*.

Ce n'est pas une maladie d'existence récente, cela est probable, mais elle ne devait pas être très anciennement connue et nous croyons qu'il ne faut pas, comme Kurt Sprengel, essayer d'en trouver la description dans Razi ou Rhazès qui vivait vers l'an mille. Le terme de *rubbiolæ* se trouve employé pour la première fois par Baillou, en 1754, pour une affection qu'il distingue de la rougeole ; mais, en dépit de l'opinion de Gintrac, il est permis de se demander si la description de Raillou ne se rapporte pas à la scarlatine.

A la fin du dix-septième siècle, on commence à trouver, dans les auteurs allemands, la définition nette d'une maladie distincte sous le nom de *rubeola* et déjà le nom scientifique s'est doublé d'un nom populaire, *Rætheln*.

Pechlin en 1671, Storch en 1750, décrivent plusieurs épidémies de rubéole. Mais, tandis que les uns

(de Bergen, von Orloff), font de la *rubeola* un exanthème qu'ils séparent de la rougeole, les autres (Grüner surtout) l'identifient avec la rougeole et la scarlatine suivant les caractères dominants de l'éruption.

Cependant, en 1766, Mathieu observe en Alsace une épidémie de rubéole dont il donne une bonne description, et Ziegler, en 1784, observe dans la Haute-Saxe une épidémie qu'il n'hésite pas à rattacher au genre *Rôtheln*.

En 1790, Reil décrit à côté de rougeoles types des cas anormaux, qu'il appelle *rubeolæ*, et dont il fait un *rôtheln* intermédiaire à la rougeole et à la scarlatine, se rapprochant davantage de cette dernière.

Vogel en 1792, Sprengel et Stark quelques années plus tard, défendent la spécificité de la rubéole.

En 1812 Heim, de Berlin, s'efforce d'établir un diagnostic différentiel entre la scarlatine, la rougeole et la rubéole, mais il semble tout au contraire établir surtout des rapports entre les trois affections. Cependant l'opinion de l'auteur est que la rubéole est une maladie distincte, opinion différente de celle de Hildenbrand en 1819 et de Strater en 1832 qui en font une hybridité et de la rougeole et de la scarlatine.

Pendant que Willan et Maton s'efforcent de faire de la rubéole une affection spéciale, la spécificité est battue en brèche par J. Shaffer, Jahn, de Goden, de Henke et de Schatraten.

Depuis un siècle, la rubéole, entité morbide, n'a donc pour ainsi dire que des adversaires : en 1834

Kreyne et Wagner essaient de réagir et de démontrer l'indépendance absolue de la rubéole vis-à-vis de la rougeole et de la scarlatine, mais leurs efforts sont vains et en 1841 Stæber, de Strasbourg, ne voit dans la rubéole qu'une scarlatine modifiée.

Rilliet et Barthez considèrent, avec les médecins allemands, la rubéole comme une forme anormale ; puis, quelques années plus tard, ils signalent à Genève une épidémie de roséole contagieuse, dont la description se rapproche de celle que nous trouvons à la suite d'une série d'observations recueillies en 1843, à l'hôpital Saint-Barthélemy, par Roupell, qui lui n'hésite pas à faire de la rubéole une maladie distincte.

Entre temps la question faisait du chemin en Angleterre, et, en 1840, Paterson écrit, en Ecosse, un long mémoire sur la rubéole, qui a certainement beaucoup contribué à établir la spécificité de cette maladie. Collin, W. Tripe (1852), partagent cette manière de voir ainsi que Balfour (1857) et Engleman (1856), tandis que Wunderlich et Paash (de Berlin) identifient la rubéole avec la rougeole.

A partir de ce moment l'opinion de la rubéole entité morbide compte plus de partisans ; la notion de spécificité, soupçonnée par les auteurs anglais et américains, méconnue en Allemagne (Strebel, Kaestlin, Hebra et Kaposi) et en France (Gintrac), prend corps avec les travaux d'Emminghaus, de Meigs et de Pepper, de Robinson James et enfin avec les communications du Congrès de Londres, en 1881,

Jusqu'en 1880, nous trouvons peu de travaux français sur la rubéole et les quelques auteurs qui s'en sont occupés refusent de reconnaître la maladie. Cela tient probablement plus à la rareté de l'affection dans notre pays qu'au dédain ou à la négligence des observateurs. MM. Lécorché et Talamon sont les premiers à avoir établi la distinction entre la rubéole et les autres fièvres éruptives (1881) : ils concluent à sa spécificité. La même année M. Raymond faisait à l'Hôtel-Dieu une clinique sur un malade « présentant une forme singulière de fièvre éruptive » et concluait également à la spécificité de la rubéole.

Les anglais se sont livrés avec intérêt à l'étude de la rubéole ; nous trouvons dans leurs ouvrages de nombreux travaux et un remarquable contingent de faits bien observés, concordant tous avec l'idée de l'autonomie de la rubéole, qui n'est plus mise en doute chez eux depuis fort longtemps déjà. Nous ne ferons que citer les travaux d'Aitken (1872), Moore (1874), Johann Steiner (1880), Dyce Duckworth (1880), Douglas Hemming (1880), et enfin Jones (1), qui, à la suite d'observations personnelles, démontre que la rubéole est soumise aux deux grandes lois des maladies spécifiques ; contagion, immunité.

C'est en Angleterre qu'allait se discuter, pour la première fois, l'existence de la rubéole, et une des séances du Congrès de Londres en 1881 fut occupée par la discussion de cette question. Nombreux furent

(1) Boston medical journal, 25 nov. 1881.

ceux qui y prirent la parole : MM. Fergus (Marlborough), J. Glaister (Glasgow), Martin Oxley (Liverpool), J.-A. Wood (Liverpool), d'Espine (Genève), A. Jacobi (New-York), J.-P.-J. Houstorm (Savannah), W. Stewart (Barnsley). Shuttleworth et Cheadle.

Après une discussion fort intéressante, le président Westt put affirmer que tous les membres du Congrès, sauf deux, admettaient l'existence distincte de la rubéole, et il ajoutait que, si l'on devait rapprocher cette maladie d'une autre fièvre éruptive, ce serait bien plutôt de la scarlatine que de la rougeole, les deux affections se ressemblant comme la varicelle et la variole, sans cependant se confondre :

*« Facies non una, nec diversa tamen
Qualis solet esse sororum. »*

La rubéole semblait donc avoir acquis droit de cité dans le cadre nosologique ; et pourtant l'année suivante, en 1882, Picot, dans son article *Roséole* du *Dictionnaire Jaccoud*, fait complètement la confusion entre la roséole et la rubéole.

Cependant l'idée de la rubéole entité morbide commence à prendre corps. En 1883, M. Delastre présente, à la Faculté de Lyon, une thèse sur la rubéole, où il apporte un certain nombre d'observations nouvelles, dues au professeur Bondet ; il conclut que c'est une maladie bénigne, spécifique et contagieuse, absolument spéciale.

La même année, Tonge Smith publie, dans le jour-

nal *The Lancet*, un assez long mémoire sur la rubéole et n'hésite pas à en faire une maladie distincte.

A la fin de 1883, l'*Union médicale* publie un article de Longuet où l'auteur admet la spécificité de la rubéole, et Monsieur le Professeur Jaccoud, dans son traité de pathologie (édition 1883), admet la rubéole mais déclare ne l'avoir jamais vue.

A partir de ce moment les observations vont se multiplier; nous citerons quelques noms : W. Edwards. Haig Brown (1886); Klaatsh (1886), Rehn (1888), Klein, Ziegler, Heim, Baginsky (1889), Widowitz (1890) et Fichorst (1890).

En France, des épidémies de rubéole sont signalées par Lubansky à Strasbourg, par Trastour à Nantes, par Bourneville et Bricon à Bicêtre, par Daga à Nancy, par Rendu, par Desplats à Lille, par Arnozan à Bordeaux, par Castan à Montpellier, par Coriveaud à Blaye et enfin par Perrin à Marseille.

En 1887, M. Morel Lavallée, dans un article de la *Gazette des hôpitaux* consacré à l'étude des roséoles, admet nettement la distinction entre la roséole idiopathique et la rubéole. La même année paraît dans les « *Annales de dermatologie* », un excellent article de M. Brocq qui, résumant un ouvrage de Griffith, nous fait connaître tout ce que l'on sait encore aujourd'hui sur la question. En 1888, M. Raymond relate une petite épidémie observée par lui dans une famille. — En 1890, une discussion a lieu, à la *Société médicale des hôpitaux*, sur la nature de la ru-

béole, à propos d'une épidémie observée par M. Ju-hel Rénay ; puis paraissent des observations de MM. Chantemesse, Talamon, Hallopeau et Galliard, et enfin de M. Gaucher qui rapporte des cas observés dans sa clientèle prouvant le caractère épidémique et contagieux de la rubéole.

A partir de ce moment l'existence de la rubéole n'est plus mise en doute ; ceux-là seuls la nient, comme le disait Strumpel plusieurs années auparavant, qui n'en ont jamais observé aucun cas. Les travaux français sur cette question vont encore se faire rares ; en effet nous ne trouvons plus qu'un article de Leflaive dans la *Gazette des hôpitaux* du mois de janvier 1890 ; puis en 1893 paraît dans la *Revue générale de chirurgie et de thérapeutique* une communication de M. Sevestre au sujet d'une épidémie observée dans un lycée de Paris. Enfin, au mois de janvier 1896, M. Comby fait, à la *Société médicale des hôpitaux*, une conférence « sur les chutes et récidives de la rougeole et sur les signes permettant de distinguer la rougeole véritable des affections qui la simulent. »

Mais à l'étranger la rubéole suscite encore de nombreux travaux. Nous ne ferons que signaler ceux de Townsend et de Lœb en 1890 ; ceux de Gumpłowicz, de Manning, de Kramsztyk et de Griffith en 1891 ; ceux de Fyffe, de Forchheimer, de Harrisson, de Harrington, de Warrington et de Meredith en 1892. En 1893, Wilischanin, de Saint-Petersbourg, fait une étude sur la symptomatologie de la rubéole ;

Atkinson établit, dans le journal *The Lancet*, le diagnostic entre la rubéole et la scarlatine : Putnam, de Boston, prouve encore une fois que la rubéole est une entité morbide et Meredith nous fait connaître une nouvelle épidémie qu'il vient d'observer. En 1894, nous ne trouvons qu'un article de Michaelis sur l'incubation de la rubéole. En 1897, paraissent deux articles de Brounlee et d'Arnold : en 1898, Krehl, Guthrie, Colquhoun, Wichmann, Forchheimer et Tobeitz s'occupent encore de la rubéole, puis, en 1900, paraissent les travaux de Jessner, Koplik, Lang Tobeitz et enfin de Dukes, qui, dans un numéro de *The Lancet*, fait une étude « sur la confusion de deux maladies différentes sous le nom de rubella. »

La rubéole est donc devenue une maladie spéciale, une entité morbide, et nous en trouvons d'excellentes descriptions dans les récents traités de médecine : *Traité de médecine et de thérapeutique* de MM. Brouardel et Gilbert, *Traité de médecine* de MM. Charcot, Bouchard et Brissaud, *Manuel de médecine* de MM. Debove et Achard, *Traité des maladies de l'enfance* de MM. Grancher, Comby et Marfan, *Traité pratique des maladies de l'enfance* de MM. Despine et Picot et enfin dans le *Traité de pathologie interne* (13^e édition) de M. le professeur Dieulafoy.

LA RUBÉOLE

(Etude clinique)

Définition. — La rubéole est une fièvre éruptive, épidémique et contagieuse, caractérisée par une éruption généralisée, polymorphe, et des symptômes spéciaux : apyrexie complète, tuméfaction des ganglions du cou et énanthème toujours peu accentué ; l'affection est presque toujours bénigne et de courte durée. Elle peut revêtir une forme différente suivant l'âge, le milieu et les épidémies.

La rubéole constitue une entité morbide absolument distincte des autres roséoles ; il ne faudrait pas davantage la confondre avec la rougeole et la scarlatine, ou la considérer comme un mélange de ces deux affections. Nous insisterons plus longuement sur ce sujet à propos du diagnostic différentiel et nous prouverons, nous l'espérons du moins, que la rubéole a droit à une place dans le cadre nosologique et mérite d'être étudiée comme fièvre éruptive au même titre que la variole, la rougeole et la scarlatine.

Étiologie. -- Etant donnée sa bénignité, la rubéole s'observe rarement dans les hôpitaux et même les policliniques. Les symptômes sont trop peu accentués pour éveiller l'inquiétude de la population indigente ; et cependant ce n'est pas une maladie bien rare.

L'existence d'une maladie infectieuse semble nuire à son développement ; mais ni la scarlatine, ni la rougeole ne protègent contre son atteinte, de même qu'elle ne confère elle-même l'immunité ni pour l'une, ni pour l'autre de ces deux maladies. S'il faut en croire Bourneville et Bricon la rubéole serait susceptible de récidiver.

La rubéole ne frappe pas indifféremment tous les âges : on a rarement l'occasion de l'observer avant la première dentition, bien que Griffith en ait vu un cas chez un enfant au-dessous de deux ans. Elle a son maximum de fréquence de 5 à 15 ans et cela ressort de toutes les statistiques ; dans l'épidémie du pensionnat de Saint-Petersbourg, relatée par Von Ny-mann, sur six ou sept cent élèves de 9 à 20 ans, la maladie atteignit cent dix-neuf jeunes filles dont cent neuf étaient âgées de 15 ans ou moins. Sur 138 cas d'Emminghaus 6 seulement étaient adultes, et Griffith donne encore une proportion moindre, puisque sur 150 malades il ne trouve qu'un seul adulte. Les adultes sont donc presque réfractaires à la maladie, et pour qu'ils soient contagionnés, il faut un contact prolongé ou le séjour dans des lieux confinés : chez les enfants au contraire un simple contact suffit, et

c'est ce qui explique que la maladie se voit plus fréquemment là où il y a agglomération d'enfants, famille, école, asile. Les épidémies sont loin de frapper en proportion aussi forte que la rougeole, puisque Rehn ne donne que 12 malades pour cent écoliers ; mais il est à noter que quelques cas très bénins doivent certainement passer inaperçus. Le sexe ne paraît pas jouer un grand rôle dans la contagion de la maladie qui frappe indifféremment garçon ou fille, mais il n'en est pas de même du genre de vie et du bien être ; la rubéole frappe en effet de préférence la classe pauvre.

La rubéole est épidémique et la contagion a été démontrée par Thierfelder, Thomas, Emminghaus. L'épidémie est parfois circonscrite à un établissement, à une maison, comme dans le cas observé par von Nymann, dont nous avons parlé plus haut ; quelquefois aussi elle s'étend à une ville toute entière comme dans les épidémies de Pavie et de Milan, signalées par Frank, celle de Paris observée par Bielt, celle d'Edimbourg étudiée par Balfour, celle de Genève relatée par Rilliet, celle de Leipzig décrite par Thomas et enfin celle de Chicago qui fut l'objet d'une communication de Rosswel Park ; enfin il peut se faire que la rubéole envahisse un pays tout entier, témoin l'épidémie qui sévit en Hollande en 1859. La durée de ces épidémies est très variable et souvent l'on trouve, dans les grandes villes, des cas sporadiques entre les épidémies. Quant à l'immunité, c'est une question qui n'est pas encore élucidée ; ce que

l'on peut dire, c'est qu'il n'existe pas d'observations constatant d'une façon irréfutable le retour de la maladie sur un sujet déjà atteint.

La contagion se fait soit directement, soit par l'intermédiaire de personnes non atteintes, soit enfin par le contact des objets ayant appartenu à des individus atteints de rubéole. L'on a vu en effet un sujet, vivant dans un milieu infecté, transporter la maladie dans un autre milieu sans être atteint lui-même, et Thomas, Roth, Balfour et Emminghaus en rapportent des exemples.

L'on s'est aussi demandé à quelle période la rubéole était contagieuse, et l'on admet aujourd'hui, avec M. Sevestre, que la maladie est contagieuse dès le début et cesse de l'être au moment de la guérison ; il en résulte que le plus souvent, quand on isole les malades, il est déjà trop tard, et, d'un autre côté, qu'il n'est pas nécessaire, comme le voulait M. Olivier, d'imposer au petit malade une quarantaine de 20 jours après sa guérison. Quant à la désinfection, cela ne peut être qu'une très bonne chose ; mais elle n'est pas indispensable, le microbe encore inconnu de la rubéole n'ayant qu'une vitalité très limitée.

Les saisons semblent avoir une certaine influence sur l'évolution de la maladie qui est surtout fréquente en hiver et au printemps.

Contrairement à la rougeole et à la scarlatine qui sévissent également dans toute l'Europe, la rubéole est rare en France et dans le sud de l'Europe, peut être parce qu'elle n'y a pas été bien observée ; elle est

au contraire fréquente en Allemagne, en Angleterre, en Italie et en Suisse et sévit également en Suède et dans l'Amérique du Nord.

Symptômes. — Incubation. — L'accord est loin de régner entre les auteurs en ce qui concerne la période d'incubation de la rubéole ; tous les chiffres compris entre 6 et 21 jours ont été donnés. En effet, tandis qu'elle serait de 6 jours pour Musser, Glaister ne donne au plus que 4 à 6 jours : elle est de 6 à 7 jours pour Robinson, de 6 à 16 jours pour Polloch, de 6 à 21 jours pour Edwards, de 7 à 21 jours pour J.-L. Smith, de 14 en moyenne pour Squire, de 10 pour Hatfield, de 10 à 14 pour Steiner, de 17 pour Cuomo, de 14 pour Cullingworth, Balfour et Tonge Smith, de deux semaine ou plus pour Goodhart, Jacobi, Hardaway, Mettenheimer et Thierfelder, de 2 à 3 semaines pour Gerhardt, Kaosswitz, Emminghaus, Picot et Eichorst, de 2 semaines $1/2$ à 3 semaines pour Thomas, Earle et Klaatsch, de 3 semaines environ pour Cotting, de 15 jours pour Cheadle, de 12 à 18 pour Dukes et Newshome. Les docteurs français ne sont pas non plus du même avis : M. Gaucher a observé un cas dans lequel l'incubation fut exactement de 12 jours ; pour Vachèr elle serait de 13 jours, de 15 jours pour MM. Jubel Renoy et Rondet et enfin de 18 jours pour M. Sevestre.

Nous pouvons cependant conclure, de cette longue énumération de chiffres, que la période d'incubation de la rubéole est en moyenne de 15 jours et, par

conséquent, qu'elle dépasse de beaucoup celle de la scarlatine.

Invasion. — L'invasion est brusque en général, l'enfant passe de l'état de santé à la maladie presque sans transition ; le petit malade s'est couché la veille bien portant, il se réveille le lendemain ne se plaignant de rien, et c'est l'entourage qui a tout d'abord connaissance de la maladie en constatant l'éruption.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, et, dans un certain nombre de cas, on a pu noter quelques légers troubles morbides douze heures environ avant l'apparition de l'éruption ; les malades éprouveraient du malaise, de la somnolence, de la céphalée frontale et sous occipitale, une sensation de défaillance, de la courbature et des douleurs dans les membres coïncidant avec une légère élévation de température ; on a vu survenir aussi des éternuements et une toux légère, en rapport avec une légère hyperhémie de la muqueuse du pharynx et n'ayant rien de commun avec la toux profonde, quinteuse et clangoreuse, qui précède l'exanthème de la rougeole. Il peut aussi se faire que l'exanthème se manifeste déjà par une légère injection conjonctivale et un commencement de larmolement. Dans un cas les prodromes parurent 24 heures et dans un autre 48 heures avant l'éruption.

Il est donc hors de doute que la durée du stade d'invasion peut être prolongée et que ses symptômes peuvent avoir une gravité insolite, mais il n'est pas

moins vrai que toutes les fois que le stade prodromique se prolonge plus d'une demi-journée il s'agit d'un cas anormal.

On voit aussi, dans certains cas, dès cette période prodromique, un phénomène déjà caractéristique ; c'est l'engorgement des ganglions jugulaires et sub-auriculaires que l'on sent assez facilement et dont la pression est douloureuse. Cette adénite a été observée par Rehn, par Comby et par Flood.

On a également noté, pendant cette période, quelques symptômes exceptionnels. Les vomissements, rares pour les uns, J.-L. Smith et Emminghaus entre autres, précèdent ordinairement l'éruption d'après Ringsley : Griffith, Smith, Edwards, Lindwurm, Cuomo et Alexander ont signalé des convulsions ; Hardaway, Cuomo et Edwards ont noté du délire, Priolau des hémorrhagies oculaires et auriculaires.

Enfin divers auteurs ont encore observé des épitaxis, des vertiges, des syncopes, des sensations de froid et de l'érythème ; Thomas aurait même vu dans certains cas des éruptions prodromiques dont les caractères rappelleraient, à s'y méprendre, ceux des rashes des maladies éruptives : ces éruptions seraient complètes et pâliraient en quelques jours.

Eruption. — L'éruption apparaît après ces légères manifestations prodromiques, ou bien, sans aucun phénomène prémonitoire, en pleine santé. Elle débute le plus souvent par la face et la partie antérieure du cou, mais à cette règle il y a de nom-

breuses exceptions: d'après Liveing et Morris, l'éruption débiterait par la poitrine et par le dos ; d'après Day, Murchison et Balfour, ce serait par les bras et la région presternale ; d'après Paterson et Copland elle débiterait partout à la fois. Park soutient que, souvent, elle est tout d'abord visible à la voûte palatine avant de l'être sur les téguments, puis elle se montre au cou.

L'éruption est constituée par une hyperhémie du corps papillaire et de la couche superficielle du chorion ; elle se généralise rapidement et alors apparaît un de ses caractères les plus importants, le polymorphisme: ce sont des taches irrégulières de forme, d'une grandeur qui varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'un pois, d'une teinte d'un rose pâle spécial, à bords plus ou moins nets, formant parfois un relief perceptible à la vue et au toucher. Ces taches laissent entre elles des intervalles de peau saine, du moins à la figure, et s'effacent momentanément sous la pression du doigt.

Si nous examinons le malade, nous voyons en certains points des macules pour la plupart de la grandeur d'un pois, plus ou moins groupées et ayant, en fait, la plus grande ressemblance avec l'éruption de la rougeole ; puis, en d'autres endroits, et, principalement aux endroits soumis à une pression continue et à une température plus élevée, l'éruption s'étale sous la forme de rougeur diffuse et prend tout à fait l'apparence de l'érythème scarlatiniforme: teinte rouge sombre allant en s'atténuant du centre à la

périphérie, sans limites bien nettes, ayant tendance à se généraliser, mais permettant cependant à un observateur attentif de reconnaître quelques papules.

L'éruption est donc le plus souvent mixte, morbiliforme et scarlatiniforme; mais il faut bien savoir que l'éruption présente des caractères éminemment variables suivant les auteurs, les milieux, les épidémies, et dans une même épidémie-suivant les sujets : différences de coloration, de forme, de morphologie. Ceci nous permet de comprendre les difficultés du diagnostic en certains cas et par suite les erreurs de diagnostic. Dunlop et Cheadle ont signalé des pétéchies, et Glaister un rash purpurique; quant à Griffith et à Claussen ils ont noté que l'on éprouve parfois, en pressant sur les papules, la sensation d'une petite nodosité cutanée.

Dans certains cas l'éruption s'accompagne de démangeaisons légères ou même d'une cuisson parfois fort vive, mais n'atteignant jamais l'intensité du prurit de l'urticaire : on a même noté la coexistence de vésicules miliaires sur le dos et sur l'abdomen.

L'éruption a une marche rapide, elle atteint son acmé en moins de 24 heures, et sa durée moyenne n'excède pas 3 à 5 jours. Une durée de 7 jours (Chantemesse), de 8 à 9 jours (Talamon) est absolument exceptionnelle, elle est variable suivant les diverses régions du corps et va de quelques heures à une demi-journée. Quelquefois l'éruption évolue en même temps sur tout le corps, mais il peut aussi se faire que la maladie procède par poussées successives et,

chose digne de remarque, fréquemment elle semble persister plus longtemps aux régions qui ont été prises les premières.

En même temps que l'exanthème, ou un peu après, apparaissent des symptômes d'irritation des muqueuses, d'une intensité beaucoup moindre que dans la rougeole : c'est « le catarrhe de la rougeole combiné avec l'angine de la scarlatine ». La catarrhe oculaire ne produit qu'une rougeur légère de la conjonctive, parfois du larmolement, mais une photophobie à peine marquée ; le coryza manque souvent ou se traduit par un peu d'enchifrènement ; quelquefois l'hyperhémie se propage au pharynx et à la trachée, mais on n'observe jamais de catarrhe bronchique et l'auscultation pulmonaire ne fait percevoir aucun phénomène anormal : ce n'est guère en effet que dans des observations anciennes déjà, que l'on voit signaler la toux ferine avec raucité de la voix. L'angine est, peut être avec la conjonctivite, le phénomène le plus constant : il n'y a pas le piqueté de la rougeole, la rougeur est moindre que dans la scarlatine, les malades se plaignent seulement de sécheresse. Parke est le seul pathologiste qui n'ait pas toujours constaté la présence de l'angine ; il ne signale l'amygdalite légère ou la pharyngite que dans 20 0/0 des cas. C'est réellement un des caractères pathognomoniques de la maladie, un de ceux qui sont le plus utile pour la reconnaître. La langue n'a jamais l'aspect framboisé lisse et dépouillé de la scarlatine, elle se recouvre seulement d'un léger enduit saburral.

Nous arrivons maintenant à un symptôme encore plus important que l'angine, symptôme absolument pathognomonique pour la grande majorité des auteurs, j'ai nommé l'adénite ; Maton, le premier, en fit ressortir la valeur dès 1815. Cet engorgement ganglionnaire apparaît avant l'éruption et persiste un temps plus ou moins long après elle ; il frappe surtout les ganglions cervicaux, mastoïdiens et sous-maxillaires, mais on a aussi noté l'adénite inguinale et axillaire. Le degré de tuméfaction est variable ; peu douloureux à la pression et rarement appréciables à l'œil, les ganglions peuvent atteindre le volume d'une noisette et même plus. L'on trouve même, dans la littérature médicale, quelques exemples de transformation tuberculeuse de cet engorgement ganglionnaire, se terminant par la suppuration.

Les fonctions digestives restent le plus souvent indemnes ; le début de la maladie est quelquefois marqué par une anorexie passagère, mais rarement on trouve de la diarrhée, comme cela s'observe dans la rougeole.

La fièvre n'est pas un signe constant et peut manquer quand l'éruption apparaît d'emblée. Le plus souvent l'on observe une apyrexie complète ; si il y a des prodromes, la fièvre apparaît en même temps qu'eux ; en leur absence la température s'élève quand apparaît l'éruption ou un peu avant elle ; alors tantôt elle revient très vite à la normale, tantôt elle persiste et ne dépasse pas 39° ; elle atteint son maximum le premier ou le deuxième jour de l'éruption, puis

elle diminue et tombe à la normale du deuxième au quatrième jour, c'est-à-dire à une époque où l'exanthème n'a pas encore terminé son évolution.

Le pouls, d'abord accéléré, redevient vite normal. L'analyse des urines ne révèle en général aucune modification et la présence de l'albumine est le fait d'une complication.

L'éruption disparaît en général du troisième au quatrième jour sans laisser de traces, ou ne laissant du moins qu'une légère pigmentation de la peau qui disparaît rapidement. La desquamation, qui passe souvent inaperçue, se fait par petites écailles très fines et a une durée très courte. Elle est souvent limitée à la face et à la partie supérieure de la poitrine, exceptionnellement on a pu noter la chute de lambeaux épidermiques rappelant ceux de la scarlatine.

Mais à côté de cette rubéole bénigne, il convient de signaler une forme plus sévère, étudiée par les auteurs Anglais et Allemands ; la fièvre y est beaucoup plus élevée, les phénomènes de catarrhe du pharynx ou des voies aériennes supérieures y sont plus accusés, les signes d'invasion ne font jamais défaut et précèdent parfois, durant 3 ou 4 jour, l'apparition de l'exanthème. C'est à cette forme qu'appartiennent les complications que nous signalerons dans un instant.

Formes cliniques. — Tout ce qui précède nous permet de comprendre combien peuvent différer, au point de vue clinique, les malades atteints de rubéole. Filatow, de Moscou, a décrit deux variétés, l'une la

rubéola scarlatinosa, l'autre la *rubéola morbillosa* ; il soutient que ce sont deux entités morbides bien distinctes, mais n'en donne aucune preuve concluente. Thomas a établi trois variétés d'après la grandeur des taches ; Emminghaus parle d'une forme confluyente et d'une forme discrète ; Nymann et Klaatsch d'une forme ponctuée et d'une autre à larges éléments. Quant à nous, nous acceptons, avec Greffith, Goodhart, Harrison, deux variétés principales ; l'une *morbilleuse*, les éléments restant distincts sur la plus grande partie du corps, sauf dans les régions déclives et comprimées ; l'autre *scarlatineuse*, constituée par de vastes plaques rouges, ayant tendance à se généraliser, sans saillie notable au-dessus du niveau des téguments.

Un examen fort attentif fera souvent reconnaître quelques papules au milieu de la rougeur diffuse ; on trouve surtout ces éléments entre les sourcils, aux poignets et aux doigts. Entre ces deux types extrêmes on peut naturellement observer toutes les gradations possibles et les formes cliniques peuvent varier à l'infini, selon le mode d'association de ces deux exanthèmes, morbilleux et scarlatiniforme.

Nature. — Avant d'aborder le diagnostic différentiel de la rubéole, étudions un peu sa nature : car en effet, si la théorie de l'autonomie est aujourd'hui universellement admise, il n'en a pas toujours été ainsi et l'on en a fait une rougeole modifiée, un hybride de scarlatine et de rougeole, ou bien encore

une variété de roséole. Passons donc rapidement en revue ces diverses théories.

Est-ce une rougeole modifiée ? comme le voulaient Towseud, Hébra et Kaposi. La rareté extrême des complications thoraciques dans la rubéole, la constance presque absolue de l'angine si rare dans la rougeole, peuvent déjà être invoquées contre cette manière de voir. Mais le meilleur argument, c'est que la rougeole, pas plus que la scarlatine d'ailleurs, ne peut donner naissance à la rubéole, de même que la rubéole ne donne jamais naissance qu'à une rubéole ; d'un autre côté, si l'une quelconque de ces trois maladies confère l'immunité pour elle-même, elle ne la confère pas pour les deux autres, et les observations abondent de malades atteints de rubéole et ayant eu antérieurement soit la rougeole, soit la scarlatine, parfois même ces deux maladies.

Mais, vous diront Paash et Gintrac, c'est un hybride de la rougeole et de la scarlatine. Cette théorie est tout aussi erronée que la précédente ; sans doute, bien que le fait soit rare, ces deux affections peuvent exister chez le même individu, surtout en temps d'épidémie ; mais nous n'aurons jamais le tableau bien défini de la rubéole : tantôt les symptômes de l'une, tantôt les symptômes de l'autre domineront et toujours nous aurons des phénomènes généraux graves, à pronostic fatal. Et puis, comme nous le disions plus haut, pourquoi la rubéole ne donnerait-elle alors jamais l'une ou l'autre de ces maladies, mais toujours la rubéole.

Enfin troisième et dernière hypothèse, la rubéole n'est-elle qu'une variété de roséole ? Bourneville et Bricon, D'Espine et Picot, semblent l'admettre ; il en est de même de Longuet, de Laveran et Teissier. La distinction est au contraire maintenue par MM. Raymond, Delastre, Morel-Lavallée, Lazard et Talamon ; nous nous rangeons à cette dernière manière de voir. La roséole paraît en effet infiniment peu contagieuse, elle ne procède pas par épidémie, mais par poussées saisonnières dues à une transpiration excessive ou à une infection passagère ; elle ne donne pas l'immunité et peut apparaître plusieurs fois chez le même sujet : enfin nous n'y retrouvons pas les phénomènes qui accompagnent toujours l'exanthème rubéolique, les adénites par exemple.

Il existe donc, à côté de la rougeole et de la scarlatine, une fièvre éruptive spéciale, épidémique, contagieuse, la rubéole, devant à son éruption, à l'angine et à l'adénopathie qui l'accompagnent, à son évolution particulière, de constituer, dans le groupe des fièvres éruptives, un type morbide spécial.

Diagnostic. — Incubation prolongée, invasion brusque, rareté de la fièvre, polymorphisme et fugacité de l'éruption, adénites cervicales, absence de catarrhe bronchique et contemporanéité du catarrhe oculo-nasal et de l'éruption, tel est, rapidement résumé, le tableau clinique de la rubéole. Il va nous servir à différencier la rubéole des diverses maladies avec lesquelles on pourrait la confondre.

Il est exceptionnel que le diagnostic doive se faire avec la variole ; cependant, dans un petit nombre de cas, la confluence de l'éruption au visage, son caractère papuleux (Dupré) très prononcé, l'apparition d'un rash scarlatiniforme intense dans les plis inguinaux, auraient pu en imposer pour une variole au début. Il suffit de songer à ce diagnostic et nous croyons inutile d'insister davantage.

Mais il n'en est plus de même de la rougeole, qui est, de toutes les affections, celle dont l'histoire se rapproche le plus de celle de la rubéole ; nous serions même tentés d'admettre, avec M. Luzet, que beaucoup de récidives de la rougeole, signalées, n'étaient en réalité que des rubéoles.

Dans une épidémie on peut la reconnaître aux caractères suivants : la brièveté et le peu d'intensité des prodromes, l'infection des sujets déjà atteints par la rougeole, le peu d'intensité du catarrhe, la courte durée de la fièvre, enfin la bénignité générale de l'épidémie et la durée de l'incubation qui n'est pas exactement de 14 jours comme dans la rougeole.

Eu présence d'un cas isolé, un examen attentif nous permettra d'établir le diagnostic sans trop de difficulté. Dans la rougeole la période d'incubation est de 14 jours, les prodromes sont plus constants et ont plus de durée, ils sont en outre plus accentués et le malade accuse des frissons, du malaise et de l'anorexie : les phénomènes catarrhaux du côté des muqueuses oculo-nasale et pulmonaire dominant la scène et précèdent l'éruption, il n'est pas rare de voir

la température s'élever jusqu'à 40°. L'exanthème est formé de petites taches roses, peu saillantes, inégales, disparaissant momentanément sous la pression du doigt, groupées par plaques en forme de croissants que séparent des intervalles de peau saine, rarement confluentes, quelquefois transformées en papules saillantes (rougeole boutonneuse) par légère extravasation sanguine jointe à l'exsudat inflammatoire : à ce moment existent des phénomènes de bronchite et assez souvent de la diarrhée. L'éruption dure au moins 2 ou 3 jours, pendant lesquels la fièvre persiste, pour ne tomber qu'au moment de la disparition de l'exanthème : au moment de la défervescence l'éruption pâlit, d'abord à la face, et il se fait une desquamation furfuracée peu abondante, mais visible dans tous les cas.

Le polymorphisme de l'éruption dans la rubéole suffit à faire le diagnostic ; quant à l'angine et à la tuméfaction des ganglions ils sont absolument pathognomoniques. Enfin, le doute ne sera plus possible, lorsque à tous ces caractères viendra s'ajouter l'absence de phénomènes généraux. Cependant Bourdel a signalé des cas de rougeole avec absence de prodromes et légère intensité des phénomènes de catarrhe ; on se basera alors sur la marche de la température et la longueur de l'évolution.

Le diagnostic avec la scarlatine est beaucoup plus facile : celle-ci s'en distingue tout d'abord par la violence de son début, puisque la période d'incubation ne dure le plus souvent que 24 heures. La période

d'invasion est caractérisée par un frisson violent et une fièvre brusquement intense, plus de 40°, sans rémission notable ; il faut cependant se rappeler que certaines scarlatines bénignes ne donnent qu'une élévation de température insignifiante. L'angine est toujours plus intense, plus douloureuse, la gorge est rouge écarlate et la langue framboisée ; le catarrhe conjunctivo-nasal fait complètement défaut. Les urines sont souvent albumineuses. L'éruption ne débute pas par la face, mais par le cou et le tronc, pour gagner les avants-bras et le visage ; elle est diffuse, généralisée, d'une teinte écarlate uniforme, granitée mais sans papules. La desquamation débute par le cou et la poitrine et finit par les mains et les pieds ; elle se fait par écailles, petites au visage, plus larges au tronc, par grands lambeaux aux extrémités qui sont ordinairement respectées dans la rubéole.

Il est relativement difficile de séparer nettement la roséole estivale ou roséole épidémique, roséole de Trousseau, de la rubéole. C'est une affection locale, saisonnière, récidivante ; elle est épidémique ; la contagiosité, tour à tour niée et admise, nous semble peu probable, de plus, il y a absence d'énanthème et de catarrhe.

L'invasion fébrile est courte ; l'exanthème roséolique apparaît d'emblée sur tout le corps, à la face, au tronc et aux membres : il est caractérisé par des taches d'un rose pâle, arrondies ou ovalaires, distinctes et isolées les unes des autres ; ce sont des macules, sans saillie à la surface de la peau, s'effa-

çant aussitôt sous la pression du doigt. Les taches ne présentent pas l'aspect morcelé, déchiqueté, en demi-cercle, de l'éruption rubéolique ; elles sont très fugaces et disparaissent en un ou deux jours, sans desquamation consécutive ; elles peuvent reparaître par poussées successives pendant six à sept jours, mais, en général, l'éruption se fait en une seule poussée qui apparaît en 36 à 48 heures. C'est là toute la maladie accompagnée d'une fièvre légère qui oscille entre 38 et 39°. Il n'y a jamais, d'après Trousseau, ni larmoiement, ni coryza, ni toux ; jamais non plus il n'y a d'engorgement ganglionnaire, mais il y a fréquemment des sueurs jouant un rôle capital, ou du moins important, dans le développement de cette éruption.

Quant aux roséoles infectieuses de la fièvre typhoïde, du choléra, de l'infection puerpérale, du rhumatisme et de la diphtérie, elles présentent des caractères trop spéciaux pour ne pas attirer l'attention de leur côté.

Les roséoles toxiques et médicamenteuses seront diagnostiquées grâce aux commémoratifs : elles sont le plus souvent apyrétiques et respectent presque toujours les muqueuses ; ce qui les caractérise, en général, c'est l'absence de malaise sérieux et leur localisation à certaines régions du corps, en particulier leur prédominance aux membres du côté de l'extension. L'intoxication iodique, plus que toutes les autres, peut simuler la rubéole, grâce aux phénomènes catarrhaux du côté des muqueuses ; si elle

s'accompagne de fièvre le diagnostic est encore plus difficile : la suppression du médicament sera un moyen de diagnostic infailible, elle entraînera toujours la disparition de l'éruption pathogénétique.

Dans le cas de roséole syphilitique, les commémoratifs, la teinte cuivrée des taches, la longue persistance de l'éruption feront reconnaître la syphilis, d'autant plus qu'une recherche attentive fera reconnaître, sur le corps, d'autres manifestations syphilitiques.

Les plaques de l'érythème polymorphe sont plus saillantes et beaucoup plus étendues.

Nous ne ferons que citer la roséole pudique que Lazard a observée une fois chez une jeune fille.

Le pytiriasis rosé se développe surtout sur le haut de la poitrine. On trouve presque toujours des placards larges, très caractéristiques, dont le centre est squameux ou plissé. Il est apyrétique, les symptômes généraux manquent et la durée est de cinq à six semaines.

Enfin, chez les nouveaux-nés, on observe assez fréquemment un érythème assez intense, dû aux métamorphoses de la peau ; celle-ci prend une couleur jaunâtre plus ou moins accusée, elle est un peu bleuâtre aux extrémités et rougeâtre sur le reste du corps pendant les premières heures de la vie ; en outre, quelques jours après la naissance, la peau se desquame, soit par petites écailles, soit par larges plaques. L'on constate toujours l'absence de catarrhe

et, de plus, la rubéole ne se montre jamais, chez les enfants, dès les premiers jours de leur naissance.

Pronostic et complications. — Le pronostic est en général des plus bénins ; c'est, le plus souvent, une maladie de courte durée, ne causant aucun malaise et guérissant toujours sans laisser de suites fâcheuses. La maladie finit ordinairement avec l'éruption et les complications sont rares ; néanmoins il importe de ne pas oublier qu'elles se présentent quelquefois et que de nombreux cas de morts ont été signalés, sinon en France, du moins à l'étranger.

On a en effet signalé des bronchites intenses et des pneumonies, des pleurésies, une angine secondaire avec une fièvre très forte et une tuméfaction marquée, le croup, la diphthérie, une respiration gênée et striduleuse, des dépôts membraneux sur les amygdales. L'existence de l'albuminurie et de l'hydropisie consécutive est très discutée. Hatfield a signalé de la stomatite et des aphtes ; l'on a vu de la blépharite ciliaire et de l'otorrhée, la kératite phlycténulaire, des abcès en divers points du corps et de la suppuration des ganglions sous-maxillaires. M. Chan'emesse a signalé des complications articulaires analogues à celles que l'on voit dans le rhumatisme ; M. Trastour a vu, dans l'épidémie de Nantes, certaines rubéoles se terminer par un empyème. Enfin la rubéole s'est parfois compliquée d'urticaire, de parésie des membres supérieurs et inférieurs ayant duré plusieurs jours, de gonflement douloureux du corps thyroïde,

de l'œdème du visage et des jambes, de maux d'oreille, de convulsions, de délire et d'ictère.

Toutes ces complications assombrissent sans doute le pronostic, mais néanmoins, elles sont si rares, que l'on peut regarder la rubéole comme une maladie essentiellement bénigne.

Traitement. — Etant donnée la bénignité de la rubéole, on pourra le plus souvent se dispenser d'un traitement actif. Une diète légère, le séjour au lit, si il y a de la fièvre, et à la chambre pendant une semaine ou plus, éviter les refroidissements, voilà à quoi doit se borner le traitement.

Etant donnée, d'autre part, la contagiosité de la rubéole, il faudra recourir au traitement prophylactique, c'est-à-dire à l'isolement absolu du malade, isolement qui pourra cesser à la fin de l'éruption, puis que la maladie cesse d'être contagieuse à partir de ce moment.

Voilà terminée l'étude de la rubéole, nous allons maintenant passer en revue les diverses épidémies qui ont été signalées en France.

LA RUBÉOLE EN PROVINCE

« Les cas de rubéole se comptent à Paris, écrit M. Longuet en 1883, au point que la totalité des faits connus dans notre littérature médicale ne dépasse pas une vingtaine. »

L'article de M. Longuet suscite une publication de M. Lubansky en 1884, relatant quatre observations recueillies, à l'hôpital de Strasbourg, dans le service de M. le Docteur Aron qui, dès l'année 1868, admettait la rubéole comme entité morbide.

L'hiver auquel remontent ces souvenirs fut assez rigoureux à Strasbourg; il se termina par une épidémie de rougeole, dont les cas de rubéole constatés en novembre et décembre furent comme les précurseurs, tout en conservant la physionomie propre qui assure à la rubéole une place distincte à côté de ses trois aînées : variole, rougeole et scarlatine.

On remarquera cette apparition de la rubéole sous forme d'une petite poussée épidémique, son développement sur de jeunes sujets, la rapidité de l'évolution et de l'entrée en convalescence, ensemble de caractères entièrement conforme au type aujourd'hui

reconnu et adopté pour la description de cet exanthème.

L'observation III offre quelque intérêt, en raison de l'intervention de la rubéole comme épisode ultime d'une phtisie pulmonaire ancienne.

OBSERVATION I

Soldat âgé de 21 ans. Entré à l'hôpital le 20 novembre 1868.

Le 16. — Toux, diarrhée et frisson.

Le 18. — Quelques boutons sur la face.

Le 21. — A la face et surtout au front éruption de pustules peu élevées, non ombiliquées, sur un fond rouge. Sur tout le corps éruption très confluyente de petites taches rouges, de la grandeur d'une lentille, un peu élevées au dessus de la peau, sans desquamation. Angine simple. coryza, céphalalgie, courbature, boursoufflement des paupières, malaise général, température 39° 4 le soir, 39° 6 le matin.

Le 22. — Disparition presque complète de l'éruption sur le corps ; à la face les boutons se flétrissent, l'œdème des paupières se dissipe.

Le 23. — La température tombe brusquement à 36° ; toute éruption a disparu et le malade commence à se lever le 25. Guérison retardée par une poussée de conjonctive aiguë liée à la présence des granulations.

OBSERVATION II

Soldat âgé de 22 ans. Entré à l'hôpital le 23 novembre.

Le 20. — Toux, aphonie, courbature.

Le 22. — Apparition de quelques boutons sur la figure.

Le 23. — A la face et sur tout le corps semis de petites taches d'un rouge vif, élevées, assez confluentes, séparées par des intervalles de peau saine. Larmoiement, coryza, angine et laryngite.

Du 24 au 26. — Disparition progressive de l'exanthème.

Le 27. — Guérison complète. Apyrexie.

OBSERVATION III

Soldat âgé de 26 ans. En traitement depuis deux ans pour une phtisie pulmonaire au 3^e degré.

Le 4 décembre. — Après une nuit de malaise, rougeur des mains et de la face ; sur tout le corps éruption discrète de petites taches rouges, peu saillantes. La toux et l'expectoration diminuent sensiblement quand apparaît l'exanthème.

Le 5 et le 6. — L'éruption pâlit rapidement.

Le 7. — Elle a disparu, ainsi que la chaleur fébrile, mais l'expectoration redevient abondante, et dans les jours qui suivent la phtisie affecte une marche beaucoup plus rapide.

Le 17. — Le malade succombe au progrès de l'asphyxie. A l'autopsie, poumons détruits en grande partie par les ulcérations tuberculeuses.

OBSERVATION IV

Soldat âgé de 23 ans. Entré à l'hôpital le 15 décembre.

Il est au quatrième jour d'une éruption consistant en petites élevures rouges, discrètes, surtout abondantes à la région épigastrique. Léger prurit, fièvre modérée, coryza, inappétence, insomnie.

Le 19, l'éruption a disparu ; il reste à la face un peu de rougeur, avec quelques taches brunes.

Le 20. guérison complète.

Voilà donc une épidémie de rubéole, répondant au type classique, mais dans laquelle on a probablement omis de rechercher l'engorgement ganglionnaire. Ce symptôme n'est pas signalé non plus par le docteur Daga qui, également en janvier 1884, publie la relation d'une épidémie de rubéole constatée à l'hôpital militaire de Nancy en 1881.

Le docteur Daga avait observé 16 cas de rougeole, 8 cas de roséole, ou mieux de rubéole, et 17 cas de scarlatine et cela surtout pendant les mois de janvier, mars, avril, mai, juin et décembre 1881. Il diagnostiquait 8 cas de rubéole, « c'est-à-dire des formes un peu étranges, dans lesquelles avec une éruption analogue à celle de la rougeole, nous observions le mouvement fébrile assez intense et l'angine qui annoncent l'invasion de la scarlatine ; d'autres fois

au contraire de petites taches et de larges plaques d'un rouge foncé comme dans la scarlatine, avec le coryza, le larmoiement, le gonflement des paupières, la bronchite de la rougeole. Tous les malades ont guéri. »

Nous voyons ici la rubéole sous ses deux grandes variétés cliniques : forme morbilleuse, forme scarlatiniforme.

L'article de Longuet provoquait encore à la même époque un mémoire du Docteur Trastour, professeur de clinique médicale à l'école de médecine de Nantes, sur une épidémie qui régna dans cette ville depuis le mois d'octobre 1881, jusqu'au mois d'avril 1882.

Cette épidémie sévit dans deux pensionnats de jeunes filles et atteignit aussi des adultes dans plusieurs familles. Le docteur Trastour signale quelques prodromes : de l'injection et de la rougeur plus ou moins vive des muqueuses oculo-palpébrale, nasale ou pharyngée ; quelques douleurs de tête ; ni toux, ni coryza, mais, symptôme important, caractéristique, à peu près constant, pathognomonique suivant Bloch, c'est la présence, sous les apophyses mastoïdes, de ganglions lymphatiques engorgés et légèrement douloureux. L'auteur chercha vainement, dans le cuir chevelu, la raison préalable de l'engorgement de ces ganglions et il se demande pourquoi on les constate dès le début de l'éruption.

Cette période prodromique était souvent fort courte et pouvait même manquer ; dans les pensionnats on regardait tous les matins le cou et la figure des élèves

pour s'assurer qu'il n'y avait pas de nouvelles maladies. L'invasion était précipitée, et l'éruption était polymorphe : tantôt elle rappelait celle de la rougeole, tantôt celle de la scarlatine : les taches étaient isolées ou confluentes, ordinairement pâles, quelquefois très rouges.

L'éruption commençait par la face et surtout par le cou ; deux dames de 25 à 30 ans étaient méconnaissables par suite du gonflement et de la rougeur du visage.

Avec cela l'on constatait la conservation de l'appétit, au moins chez les enfants ; pas de fièvre, pas de vomissements, pas de diarrhée ; jamais d'éternuements, pas d'exsudat buccal ou pharyngé. Après la face et le cou, ou simultanément, le tronc, les membres, les pieds, les mains présentaient les mêmes phénomènes éruptifs, parfois à un haut degré d'intensité.

En général l'éruption ne durait pas plus de deux jours. Les malades pouvaient se lever le troisième ou le quatrième jour et sortir après cinq à six jours, sans qu'il en résultât le moindre accident. La desquamation était en général furfuracée, à peine visible.

Il y eut deux cas très intéressants ; une religieuse de 30 ans environ, et une jeune dame de 28 ans eurent aux pieds et aux mains un dépouillement épidermique complet comme dans la scarlatine. Dans un cas, dont le diagnostic ne fut pas nettement établi, mais que le docteur Trastour cependant supposa être de la rubéole, l'éruption fut entravée ou supprimée par

un refroidissement ; alors survinrent des complications viscérales suivies de mort.

Dans cette épidémie la symptomatologie est au complet et nous voyons, signalée pour la première fois en France, une terminaison fatale.

Nous trouvons aussi, dans le *Progrès médical* de 1884, la relation d'une épidémie qui éclata à Bicêtre et fut observée par MM. Bourneville et Bricon. Cinq des malades, au dire des parents, avaient eu la rougeole auparavant, deux l'eurent dans le service également avant leur rubéole et un troisième l'eut après.

La période de contagion fut évaluée à 8 ou 10 jours. La plupart des malades n'accusèrent aucun prodrome, sauf un petit garçon qui fut « grognon » la veille. En ville une des malades prétendait avoir eu mal à la tête la veille. L'éruption était généralement constatée au réveil et atteignait son maximum d'intensité en 24 heures. Elle se développait de la tête vers les extrémités.

La forme de l'éruption était en général franchement morbilleuse, mais on notait, chez quelques malades, une ressemblance avec l'éruption de la scarlatine. La durée de la maladie était très courte et il était fort rare qu'elle ne fut pas complètement disparue vers le troisième ou le quatrième jour.

La desquamation passa inaperçue. L'état général fut tellement peu troublé que les malades de la ville conservèrent leur entrain et leur appétit ; les petits malades de Bicêtre parurent, en petit nombre, abattus et anorexiques.

Les symptômes de catarrhe naso-pharyngien et oculaire, présents chez quelques malades, firent complètement défaut chez les autres. Ils diminuaient en même temps que l'éruption et ne lui survivaient pas. La langue était généralement sale, mais jamais elle ne présenta de desquamation.

L'accélération du pouls fut constatée au début dans quelques cas. La température, parfois normale, atteignit dans certains cas une assez grande élévation, mais d'une façon toute transitoire. Chez certains malades on constata un prurit assez intense et persistant pendant toute la durée de l'éruption.

MM. Bourneville et Bricon déclarèrent qu'il fallait attribuer à cette maladie le nom de rubéole, et ils en précisèrent la nature en ajoutant qu'elle « était à la rougeole ce que la varicelle est à la variole ».

En 1886, M. Rendu communique, à la *Société clinique*, la relation d'une petite épidémie de rubéole; elle frappa trois enfants qu'il avait soignés pour la rougeole l'année d'avant. Nous citons ses paroles : « Cette année la petite fille, après deux jours de maladie, de toux et de fièvre, présenta une éruption rubéolique sur le voile du palais et la face. Il n'y avait aucune papule sur le corps, qui avait gardé sa coloration ordinaire. Le lendemain le corps était couvert d'une éruption qui était celle de la scarlatine. Cette petite fille venait d'être réglée et je pensais à un érythème de la menstruation. Onze jours après, son frère et sa sœur présentaient la même éruption, évoluant de la même manière et dans le même temps.

Chez les trois enfants la peau desquama, comme elle desquame après la rougeole ».

Cette même année 1886, M. Desnos donne lecture (1), au nom de M. Desplats (de Lille), d'une note sur une épidémie de rubéole. Cette maladie, importée de Douai à Lille par une jeune fille, le 12 mai, évolua sous forme épidémique, se montrant transmissible et contagieuse à la façon des autres fièvres éruptives ; son incubation varia de 15 à 20 jours ; elle frappa surtout les sujets de 10 à 15 ans, mais se montra pourtant chez un jeune enfant de 6 mois et chez un individu de 20 ans. Son apparition brusque ne fut accompagnée ni précédée d'aucun malaise ; à peine constata-t-on un peu de chaleur et de démangeaisons à la face ; il n'y eut pas de catarrhe oculo-nasal ou bronchique. Dans le plus grand nombre de cas pas de fièvre, quelquefois un très léger mouvement fébrile pendant deux ou trois jours.

L'éruption se montra d'abord sur la face, qui était le siège d'un gonflement de moyenne intensité, assez rapide ; les taches, très analogues à celles de la rougeole, se montrèrent aussi sur le cou, le tronc, et quelques-unes sur les membres. L'adénopathie, ou mieux le gonflement ganglionnaire, ne fit défaut chez aucun malade, chez quelques-uns même les ganglions inguinaux et axillaires furent pris. L'éruption, qui ne durait guère plus de deux ou trois jours, fut suivie d'une desquamation furfuracée plus ou

(1) Bulletin de la Société clinique, 23 juillet 1886.

moins abondante : l'engorgement ganglionnaire persista après l'éruption et disparut lentement.

En 1889, la rubéole fait son apparition dans le midi de la France, à Bordeaux. Nous devons à Arnozan la relation de cette épidémie.

Le 27 octobre, dans un pensionnat de Bordeaux, une jeune fille âgée de 14 ans, se plaint de courbature et de mal de tête ; le 28, dans l'après midi, elle présente à la face quelques rougeurs que les maîtresses du pensionnat prennent pour de l'urticaire. Le 29 au matin elle est guérie et a repris son travail. Une autre jeune fille, âgée de 16 ans, tombe malade à son tour ; elle a déjà eu la rougeole et la scarlatine et M. Arnozan pense avoir affaire à quelque érythème papuleux. Le lendemain elle était complètement guérie.

Mais seize autres élèves tombent malades et présentent absolument les mêmes symptômes objectifs : confluence ou cohérence plus grande à la face qu'ailleurs, dissémination plus discrète sur les membres où les taches rouges prennent plus particulièrement la disposition péri-pilaire ; à la face mélangé de taches et de papules.

Le premier novembre un tiers des malades étaient guéries, dès le troisième jour de la maladie. Du 1^{er} au 4 six autres élèves étaient atteintes à leur tour dans les mêmes conditions, avec les mêmes symptômes. Le 6 l'épidémie semblait terminée après avoir frappé vingt-quatre jeunes filles.

Le 11, après un répit de cinq jours, une élève rentrait à l'infirmerie et dans l'espace de six jours cinq autres

tombaient malades à leur tour. Le 17 novembre, l'épidémie était réellement terminée, elle avait compté trente cas dans un pensionnat de cent et quelques élèves.

En résumant les caractères cliniques que présentait cette épidémie, nous trouvons : 1° une période d'invasion, variant de quelques heures à un jour, marquée par les symptômes suivants : céphalalgie légère, congestion, très légère aussi, des muqueuses nasale et conjonctivale, engorgement des ganglions retro-cervicaux ou cervicaux.

2° Une période d'éruption, dans laquelle un exanthème polymorphe, à la fois roséolique et papuleux, apparaissait à la face et s'étendait rapidement sur le reste du corps, en y perdant peu à peu ses caractères originels.

3° Une période de desquamation fugace et à peine perceptible. La maladie évolua sans fièvre ; malgré cette apyrexie, elle doit pour Arnozan être rangée à côté des fièvres éruptives, dont elle a la marche générale et les symptômes.

Le point de départ de l'épidémie n'a pu être découvert. Sur les trente élèves, vingt-quatre étaient âgées de 12 à 17 ans, et six seulement de 7 à 12 ans. Aucune des surveillantes ne fut malade. La durée de la période d'incubation a varié de six à douze jours.

L'épidémie fut bénigne et ne nécessita aucune thérapeutique active.

L'année suivante, en 1890, une nouvelle épidémie de rubéole éclata encore dans ces parages ; le 29

juin parut, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, une note sur une petite épidémie observée par le Dr Coriveaud à Blaye.

Le 22 mai, une fillette, âgée de 13 ans, tombe malade, et le lendemain une seconde ; elles sont isolées et, au bout d'une dizaine de jours, la deuxième atteinte reprend sa place au milieu de ses compagnes, la première est partie dans sa famille ; chez toutes deux la maladie a évolué en deux jours. Mais, quelques jours après, le 11 juin, l'aînée des filles du docteur, âgée de 13 ans $1/2$, pensionnaire au même établissement, s'éveillait, le matin, la face toute marbrée de plaques rouges ; la plus jeune (10 ans), n'ayant rien, se rendit à la pension, mais, dans la journée, elle fut prise des mêmes symptômes. Ni l'une, ni l'autre n'avait eu de prodromes, chez toutes les deux la réaction fébrile faisait défaut ; seule une légère diminution de l'appétit avait attiré l'attention des parents.

En même temps quatre pensionnaires et quatre autres demi-pensionnaires étaient prises de la même affection. Chez deux d'entre elles on observa un peu d'engorgement ganglionnaire, et, chez une troisième fillette, cet engorgement présenta des proportions sérieuses.

Nous nous trouvons donc là en présence d'une maladie éruptive, absolument apyrétique, sans retentissement sur la muqueuse respiratoire, bien évidemment contagieuse, la période d'incubation pouvant varier de 11 à 19 jours, apparue brusquement, et dont le seul symptôme morbide paraît être une

éruption presque identique à celle de la rougeole. L'éruption ne dura pas plus de deux jours et tous les malades ont accusé une démangeaison assez vive sur les points de la peau envahis.

M. Coriveaud en fait une roséole et cela en s'appuyant sur ce fait que la desquamation fut légère et furfuracée, tandis qu'après la rubéole, dit-il, « on observe la desquamation par grandes plaques de la scarlatine » ; or ceci est absolument faux et nous rattachons cette épidémie au type rubéole.

La maladie semble avoir définitivement élu domicile dans le midi ; au mois de novembre 1889 éclate à Montpellier une épidémie de rubéole, et, deux ans plus tard, le Dr Perrin observe à Marseille un certain nombre de cas de cette maladie.

L'épidémie de Montpellier, relatée par Castan dans le *Montpellier Medical*, frappa surtout le 2^e régiment du génie et se répandit un peu en ville : le calme se fit, il n'entra plus de malades à l'hôpital, mais en ville quelques cas continuèrent à se montrer, et, en mars 1890, eut lieu une reprise : cette fois encore les soldats furent atteints en plus grand nombre : le nombre des entrants suivit une progression rapide jusqu'à la fin du mois, puis décrut rapidement pendant tout le mois d'avril. La caractéristique de l'épidémie fut sa grande bénignité. Les symptômes différaient de ceux qui appartiennent à la rougeole comme le prouve l'observation suivante :

OBSERVATION

Le nommé R. . . , sapeur au 2^e génie, entré le 13 avril à l'hôpital. N'a jamais eu la rougeole.

Le 10, fièvre, céphalée, un peu de larmoiement, mal à la gorge et toux. Le 11 également.

Le 12, l'éruption apparaît.

Le 13, entré à l'hôpital. Température de 37°8. Angine caractérisée par une simple rougeur des amygdales, des piliers et du voile du palais. — L'éruption est disséminée sur tout le corps, offre par place quelques papules ; mais ce qui est manifestement prédominant et attire l'attention, c'est une rougeur framboisée, uniforme, rappelant de très près l'exanthème scarlatineux. — Engorgement de la plupart des ganglions lymphatiques, notamment des ganglions sous-maxillaire et épitrochéens. A l'auscultation, absolument rien.

Le 14, apyrexie complète ; l'éruption commence à pâlir.

Le 15, l'éruption a disparu.

La convalescence n'existe pour ainsi dire pas, tant le retour à la santé est rapide.

Il n'y a pas eu de desquamation.

C'est ainsi que la maladie a évolué dans plus de 50 cas. Phénomènes généraux peu marqués, catarrhe des voies respiratoires presque insignifiant, angine, éruption polymorphe, engorgements ganglionnaires constants, bénignité exceptionnelle de la maladie, voilà les traits distinctifs de cette épidémie ; ils nous

permettent de poser et d'affirmer le diagnostic de rubéole, portée par M. le Dr Castan.

Dans le *Marseille médical* de 1891, le docteur Perrin signale une petite épidémie de rubéole ; il rapporte trois observations prises dans une même famille où il a pu suivre exactement la marche de la maladie. Dans cette famille, composée de 5 enfants, la maladie a été apportée par une fillette fréquentant une des écoles de la ville, école dans laquelle plusieurs enfants avaient eu une éruption passagère ; son frère et sa sœur, toujours en rapport avec elle, ont été atteints de rubéole après une incubation de 15 à 16 jours. Les deux autres enfants, beaucoup plus jeunes et ne vivant pas avec leurs frères et sœurs, sont indemnes.

Les trois enfants âgés de 7, 9 et 11 ans. ont eu la rougeole et la coqueluche en 1887. Chez les deux fillettes pas de prodromes ; chez le jeune garçon, quoique courts, ils ont été un peu plus marqués : le 8 mars, dans l'après-midi, il se plaint de céphalée, malaise, frissonnements, il eut le soir un vomissement mais pas de fièvre : pendant la nuit un peu d'agitation ; le matin au réveil pas d'appétit, langue blanche ; rougeur de l'isthme du gosier, catarrhe conjonctival et nasal ; pouls 96, température 38°.

Chez les trois malades l'éruption présente les mêmes caractères : elle est papuleuse et maculeuse, très confluyente, et, en certains points, se présente sous l'aspect de vastes plaques érythémateuses, d'apparence scarlatineuse. Tous les 3 présentent des adé-

nites dans la région sous-occipitale et sous-maxillaire, dans la région axillaire et inguinale ; chez le troisième tous les ganglions sont pris également et très volumineux. Chez les trois la maladie guérit au bout de 3 jours, sauf l'engorgement ganglionnaire qui persiste une huitaine de jours.

Voilà bien encore la rubéole, type défini, à tel point que l'on pourrait croire que toutes ces observations sont calquées l'une sur l'autre. En 1890, à propos d'une épidémie à l'école Monceau, M. Juhel Renoy donne de la rubéole une description magistrale, en s'appuyant sur 16 cas observés par MM. Lecorché et le docteur Niderkorn. En 1893, M. Sevestre observe dans un lycée de Paris, au mois de mai, un premier cas de rubéole suivi de neuf autres dans les quelques jours qui suivirent. Cette épidémie a été caractérisée, chez tous les malades, par les mêmes symptômes, éruption généralisée, apyrexie complète, tuméfaction des ganglions du cou ; elle semble avoir été apportée du dehors par des cas passés inaperçus 12 à 15 jours auparavant.

La rubéole semblait donc être devenue une maladie fréquente en France ; il avait suffi d'attirer l'attention sur cette affection pour que de tous côtés des médecins la signalent, puis depuis quelques années plus rien ; nous allons donc aborder maintenant l'étude des quelques observations qui nous ont inspiré notre thèse et relater l'épidémie de rubéole qui sévit à Rennes en 1899.

LA RUBÉOLE A RENNES

La rubéole ne doit pas être aussi rare que pourrait le faire supposer le petit nombre de faits relatés. En 1898, nous eûmes en effet l'occasion de voir, à Rennes, une petite malade de 14 ans, qui fait le sujet de notre observation VIII. Cette fillette, sans qu'aucun prodrome eût pu le faire prévoir, se vit tout à coup le corps couvert d'une éruption généralisée, composée de petites taches rouges, légèrement saillantes, discrètes, non uniformes : cet exanthème, rappelant un peu l'aspect de la rougeole sans présenter cependant la disposition en croissant, se distinguait de cette affection par la petitesse des taches et, surtout, par l'absence de tout phénomène catarrhal du côté des muqueuses oculo-nasale et bronchique ; de plus l'on sentait, sous l'angle de la mâchoire inférieure, un ganglion augmenté de volume, signe de la plus haute importance, comme nous l'avons vu précédemment. Le premier soir il y eut une légère élévation de température, 37°8, qui disparut le lendemain pour ne pas revenir : la petite malade accusa un peu de fatigue et quelques troubles de l'état général, puis guérit très rapidement.

Il n'y avait pas d'hésitation possible, nous nous trouvions en présence d'un cas de rubéole. Ce cas était-il isolé ? En interrogeant la fillette, elle nous apprit que, dans le pensionnat dont elle suivait les cours, plusieurs de ses petites amies avaient présenté les mêmes symptômes ; il y avait donc eu là une petite épidémie de rubéole, restée localisée à un pensionnat de jeunes filles, épidémie dont les autres cas avaient passé inaperçus ou n'avaient tout au moins pas été signalés.

L'année suivante, au mois de juin 1899, la rubéole fait sa réapparition à Rennes, et sévit, cette fois, dans un établissement scolaire de jeunes garçons ; nous avons eu la bonne fortune de pouvoir suivre cette petite épidémie qui nous a permis de recueillir sept observations.

Le 22 juin 1899, un élève, très bien portant la veille et durant toute la journée, s'aperçoit, le soir, qu'il a sur le corps une éruption de taches rouges. Cette éruption est chez lui toute la maladie : la température reste normale. L'éruption, très abondante, se généralise rapidement à tout le corps, sans s'accompagner de catarrhe oculo-nasal ou pharyngien, sans énanthème ; elle commence à pâlir le surlendemain et le 5^e jour tout était terminé : pendant toute cette évolution, l'état général est resté excellent. Nous n'avons pas constaté de desquamation, mais nous avons pu nous convaincre de l'existence d'une adénopathie, très modérée toutefois et difficilement appréciable. Dans l'espace d'un mois, nous allons

assister à 6 nouveaux cas, qui, bien que présentant entre eux quelques différences dans l'évolution de la maladie et l'aspect de l'éruption, offrent cependant des caractères communs, permettant de les identifier, et d'en faire une seule et même maladie.

Les prodromes ont manqué chez presque tous nos malades ; un léger mal de gorge la veille de l'éruption dans nos observations III et VI, voilà tout ce que nous trouvons : nos autres malades sont passés sans transition de l'état de santé à l'état morbide, et le mal de gorge, par lequel se manifeste l'angine, est apparu, chez le malade qui fait le sujet de notre observation IV, en même temps que l'éruption. Parfois des démangeaisons vives (obs. V) ont été la première manifestation de la maladie et ont disparu après l'apparition de l'éruption ; parfois aussi, comme le montrent nos observations II et VI, le prurit a accompagné l'éruption et s'est même montré assez intense pour gêner notablement le malade.

La durée de la période d'incubation peut être difficilement établie, puisque notre premier malade entrant à l'infirmerie le 22 juin et le dernier le 21 juillet : nous pouvons cependant conclure que le minimum constaté de cette période d'incubation a été de 6 jours, du 22 au 28 juin 1899. Quant à la cause de ces petites épidémies elle nous échappe complètement.

Si nous étudions maintenant l'éruption proprement dite, nous voyons qu'elle diffère d'une façon assez notable chez nos divers malades : chez la plupart d'entre eux nous retrouvons cependant une éruption

généralisée, se rapprochant beaucoup de celle de la rougeole, et, composée de taches de grandeur variable, légèrement saillantes, tantôt discrètes et tantôt confluentes, d'une couleur rouge plus ou moins accentuée, d'une abondance plus ou moins grande suivant les malades et suivant les différentes parties du corps d'un même malade; parfois aussi (obs. V) l'éruption affecte, dans les parties exposées à la pression et à la chaleur, le dos dans le cas particulier qui nous occupe, un aspect scarlatinoïde, c'est-à-dire une vaste nappe rouge où l'on distingue à peine quelques éléments distincts. Enfin, dans l'observation II, l'exanthème présente une forme particulière qui mérite de retenir un instant notre attention : nous voyons ici une éruption papuleuse, saillante, de coloration rose, avec, au sommet de quelques papules, une vésicule blanchâtre qui pourrait nous en imposer pour de l'urticaire, voir même pour une variole au début; l'absence de centre anémique nous permettra d'écarter la première de ces affections, et, quant à la seconde, les commémoratifs et la marche ultérieure de la maladie lèveront rapidement nos doutes.

En même temps que l'exanthème sont apparus, chez quelques-uns de nos malades, des symptômes d'irritation du côté des muqueuses : chez trois d'entre eux (obs. I, II, VI) les phénomènes catarrhaux ont fait complètement défaut, et chez les autres ils ont été très légers. L'irritation a toujours respecté la muqueuse pituitaire, et, chez aucun de nos malades,

nous n'avons trouvé de coryza ; le catarrhe oculaire s'est manifesté, chez trois des jeunes garçons (obs. III, V, VII), par une légère rougeur de la conjonctive, avec un peu de larmolement dans notre observation V, mais jamais de photobie. L'hyperhémie s'est propagée à la muqueuse du pharynx dans quelques cas et nous trouvons des phénomènes d'angine dans nos observations III, IV et V.

Cet énanthème pharyngien est constitué par une rougeur diffuse, d'une intensité beaucoup moindre que dans la scarlatine, non ponctuée dans notre observations III, absolument comparable, au contraire, au piqueté de la rougeole, dans nos observations IV et V. Le catarrhe n'a jamais franchi les voies aériennes supérieures et, chez aucun de nos malades, nous n'avons pu déceler le moindre phénomène morbide du côté des bronches.

Si les phénomènes catarrhaux du côté des muqueuses manquent très souvent dans la rubéole, il n'en est pas de même des adénopathies, symptôme constant que nous allons retrouver chez tous nos malades à des degrés divers. Peu douloureux à la pression et difficilement appréciables chez nos deux premiers malades, les ganglions peuvent atteindre le volume d'une noisette et même davantage : nous trouvons en effet deux gros ganglions sous angulo-maxillaires dans notre observation III, un ganglion cervical postérieur très tuméfié dans notre observation IV, des adénites cervicales et sous maxillaires ou bien encore des ganglions engorgés dans l'aîne ou dans l'aisselle

chez tous nos malades. L'adénopathie, le plus souvent localisée, à la région cervicale, peut intéresser tous les ganglions, et, nous la voyons même, dans notre observation VII, ne frapper que les ganglions de l'aisselle. Donc adénite unique ou multiple, localisée ou généralisée, mais toujours adénite.

Passons maintenant à l'examen de l'état général et nous allons voir qu'il reste d'ordinaire excellent : les fonctions digestives sont le plus souvent indemnes ; une anorexie passagère au début, un léger malaise et une langue un peu saburrale, voilà tout ce que nous avons constaté chez quelques-uns de nos malades ; ils n'ont jamais eu de diarrhée. Quant à la fièvre, elle a fait totalement défaut chez quatre de nos malades ; chez un cinquième il n'y a pas eu de fièvre à proprement parler, mais seulement un léger état subfébrile : la température a atteint 38°5 chez le n° 7, et 39°1 chez le n° 5, mais elle n'a duré qu'un jour chez le premier et deux jours environ chez le second.

La durée de la maladie a oscillé entre 4 et 7 jours, chez aucun de nos malades elle ne s'est prolongée au delà d'une semaine : seul l'engorgement ganglionnaire a quelquefois persisté plus longtemps. La desquamation ne s'est pas faite, ou tout au moins, elle a été si légère, qu'elle a passé inaperçue.

L'épidémie a été d'une bénignité remarquable ; le traitement s'est borné à quelques mesures prophylactiques, à l'isolement ; malgré cette précaution sept élèves furent atteints, dont l'un âgé de 18 ans, ce

qui prouve la grande contagiosité de la maladie, et, peut-être aussi, sa contagiosité tout à fait au début, alors que la maladie n'est pas encore soupçonnée.

En résumé, des prodromes courts ou nuls, l'invasion brusque, l'éruption apparaissant rapidement en un ou deux jours et disparaissant du troisième au cinquième jour, les démangeaisons plus ou moins vives, la desquamation faible ou absente, le maintien d'un état général excellent et surtout le gonflement des ganglions voilà des symptômes qui ne peuvent appartenir à aucune autre fièvre éruptive que la rubéole, surtout lorsque, comme dans notre observation III, la malade a eu la rougeole quelque temps auparavant.

Nous avons donc eu à Rennes, en 1898 et en 1899, deux petites épidémies de rubéole absolument typiques, qui ont éclaté dans des établissements scolaires, comme dans la plus grande majorité des cas, et semblent y être restées localisées.

OBSERVATION I

Le jeune D... entré à l'infirmerie le 22 juin 1899. Jusque là il était très bien portant, ils'est amusé et roulé sur le foin toute la journée; c'est le soir en rentrant qu'il constate l'apparition sur le corps de taches rouges. Aucun trouble de l'état général.

Le 23, température normale. Eruption rubéoliforme occu-

pant tout le corps, visage compris, extrêmement abondante. Pas de catarrhe oculo-nasal, pas de catarrhe pharyngien, ni d'exanthème.

Le 24, l'éruption commence à pâlir. Elle disparaît en cinq jours environ après s'être progressivement atténuée comme dans la rougeole, mais sans laisser de marbrures, sans desquamation.

L'état général est toujours resté excellent. L'adénopathie a toujours été extrêmement modérée, à peine appréciable.

OBSERVATION II

Le jeune D... appartenant à la même étude que le précédent, entre également à l'infirmerie le 22 juin, porteur d'une éruption différente.

Cette éruption est composée de petites papules coniques, légèrement saillantes, de coloration rose. Quelques-unes ont à leur sommet un embryon de vésiculette. Pas de centre anémique, pas d'urticaire par conséquent. La coloration rosée disparaît avant que l'élément ne soit nivelé ; l'aplatissement se fait ensuite. Il en résulte un mélange de petites saillies roses et blanches. Elles sont prurigineuses : le prurit n'est pas interne, mais le malade se plaint cependant des sensations désagréables qu'il éprouve. Adénopathie très modérée, quelques ganglions à la région cervicale. Pas de troubles de l'état général.

Le 25, diminution très nette de l'éruption.

Le 26, très grande amélioration.

Le 28, guérison.

OBSERVATION III

Le jeune L... a eu bien nettement la rougeole au mois de février dernier avec catarrhe oculo-nasal, énanthème pharyngien, exanthème cutané typique, fièvre, etc., etc. Depuis une quinzaine de jours l'enfant n'était pas très bien portant, cependant ces malaises étaient insignifiants et il n'avait en aucune façon interrompu ses études.

Le 28 juin il est encore allé en classe, bien que, depuis la veille il eut mal à la gorge. Léger état subfébrile. Pendant la classe il est très étonné de se voir des taches rouges sur les mains. Le même jour un de ses camarades a été pris d'une éruption analogue.

L'enfant a les yeux rouges, les conjonctives bulbaire et palpébrale rosées, mais sans larmoiement. L'aspect est tout particulier de ces deux yeux rouges, on dirait que l'enfant vient de pleurer. Pas de coryza.

Enanthème pharyngien ; rougeur diffuse, peu vive, sans aucun point blanc, sans aucune lésion catarrhale. A l'angle du maxillaire inférieur, deux gros ganglions durs, légèrement douloureux à la pression ; ganglions cervicaux postérieurs très petits. Ganglions petits, mais nets, dans les aînes.

Eruption composée sur tout le corps de petites taches rouges, isolées ou groupées comme dans la rougeole, légèrement saillantes, discrètes ordinairement et séparées les unes des autres par des intervalles bien nets de peau saine.

Aspect tout à fait identique à une rougeole à éléments relativement discrets.

Guérison rapide.

OBSERVATION IV

Le nommé C. . . , âgé de 12 ans, vient à l'infirmerie le 29 juin pour un mal de gorge et une éruption. Ces deux éléments sont apparus simultanément, le jour même, dans la matinée. La veille il était très bien portant et le matin, au lever, il n'avait aucun mal de gorge.

Légère rougeur de la gorge, ponctuée, analogue à l'érythème de la rougeole. Eruption modérée, rubéoliforme, occupant tout le corps (visage, tronc, membres). — Adénopathie sous-maxillaire. Un ganglion cervical postérieur très tuméfié, le long du sterno-cléido-mastoïdien des ganglions multiples visibles sous les téguments ; quelques ganglions dans les aînes. Malaise très léger.

Le 1^{er} juillet, l'éruption a légèrement pâli. La gorge est moins rouge, non douloureuse. Les adénopathies persistent sans aucune diminution.

Le 3 juillet, les adénites ont conservé le même volume, mais l'éruption a complètement disparu et la gorge a repris son aspect normal. L'état général est resté excellent.

Le 6 juillet, les adénopathies persistent encore mais semblent pourtant avoir déjà diminué. Le petit malade quitte l'infirmerie.

OBSERVATION V

Le jeune C. . . , âgé de 16 ans, ne sait pas s'il a eu la rougeole.

Le 6 juillet, il entre à l'infirmerie. Il était bien portant hier soir : il n'a mangé aucun aliment susceptible de lui donner une éruption, il n'a pris aucune substance médicamenteuse. S'étant couché en bonne santé, il fut réveillé vers 2 heures du matin par des démangeaisons qui ont persisté toute la nuit et cessé dans la matinée. Ce matin l'élève a constaté l'existence de l'éruption : les démangeaisons ont disparu.

Etat général bon, aspect robuste, embonpoint notable. Yeux rouges et un peu larmoyants ; les conjonctives bulbaires sont un peu vascularisées, les conjonctives palpébrales le sont relativement moins. Pas de coryza, pas d'éternuement.

Eruption rubéoliforme ; sur le visage, sur les membres l'on voit des éléments discrets, séparés les uns des autres par de la peau saine ; éléments isolés, nullement groupés. Ces éléments sont papuleux, large de 2 à 5 milim., nettement saillants au doigt et à la vue, tout à fait comparable aux éléments éruptifs de la rougeole la plus vulgaire. Sur la face antérieure du tronc les éléments sont groupés, plus serrés, plus nombreux, avec quelques aspects en corymbes, Quelques-uns en segments de cercles. Aspect habituellement pas géométrique. L'éruption est plus abondante sur la face antérieure que sur les faces latérales du tronc. Sur la face postérieure les éléments éruptifs sont tellement nombreux qu'ils forment une vaste nappe rouge, avec à peine quelques endroits où les éléments soient distincts, isolés. Là pas de mode spécial de groupement, c'est la cohérence ou la confluence. Notons que sur les membres et sur le visage les éléments éruptifs sont discrets.

Enanthème. Sur le voile du palais éruption nettement comparable à celle de la peau : l'enthème occupe toute

l'étendue du voile du palais et sa limite antérieure assez nette et régulière correspond exactement à celle de ce voile. Toute son étendue est marquée par une coloration un peu rosée sur laquelle se détachent des éléments plus foncés, rubéoliformes et, autant qu'il est possible d'en juger, très légèrement saillants. Ces éléments sont discrets et nettement séparés les uns des autres.

Aucun signe subjectif. Le malade n'éprouve à la gorge aucune sensation anormale. Pas de catarrhe pharyngien. Adénopathies, un ganglion sur le bord postérieur du sternocleïdo-mastoïdien gauche, quelques ganglions très petits dans les aisselles et les aines. A ce moment, le malade, s'il n'avait pas son éruption, se considérerait comme guéri. Température du soir 39°1.

Le 7, légère amélioration : diminution de l'éruption, température normale.

Le 8, température normale. Disparition complète de l'exanthème et de l'énanthème, sauf sur la face postérieure du tronc, où il reste un érythème diffus scarlatinoïde. Les ganglions se sentent à peine.

Le 10, guérison complète, les ganglions eux-mêmes ont disparu.

OBSERVATION VI

G..., 15 ans, vient à l'infirmerie le 23 juillet.

Le 23 juillet, en se levant, il constate l'apparition, sur tout le corps, d'une éruption composée de taches rouges très prurigineuses. Aucun autre symptôme. Léger mal de gorge il y a 3 jours. Aucun trouble de l'état général.

Sur tout le corps éruption rubéoliforme qui occupe le visage, le tronc, les membres supérieurs et inférieurs. Taches larges de 1 mil. 1/2 environ, légèrement saillantes. Groupements peu nets ayant pourtant de vagues analogies avec le groupement des éléments dans la rougeole. Maximum d'abondance sur la face postérieure du tronc, puis sur la face antérieure : minimum sur les mains, le visage et sur tous les membres inférieurs. On la voit nettement à la paume des mains. Conjonctives absolument indemnes ; gorge absolument normale, langue légèrement saburrale.

Un ganglion dans la région rétro-sterno-mastoïdienne gauche, gros, saillant. Petits ganglions nombreux dans les aisselles et les aînes. Le premier seul semble avoir de l'importance.

Rien aux autres organes. Pas de toux, état général excellent, pouls normal, température normale.

Le 27, disparition de l'éruption.

OBSERVATION VII

P..., 18 ans, a une affection cardiaque ancienne.

Le 21 juillet, dans la soirée, il constate l'apparition sur le corps de petites taches rouges. Le lendemain l'éruption augmente considérablement. Aucune sensation subjective ; dans la soirée, température 38°9.

Le 23 juillet, éruption rubéoliforme extrêmement abondante. Maximum de développement sur le tronc et sur les membres inférieurs où les éléments confluent forment

même de larges placards à limites très irrégulières, mais non scarlatiniformes, car par endroits on voit de petits cercles blancs respectés par l'éruption. Sur la face antérieure du thorax les éléments sont discrets, isolés, ce sont des taches rouges légèrement papuleuses, larges de 1 à 2 ^{mm.}, obtuses, tout à fait identiques à celles de la rougeole. Le visage est uniformément rouge, on ne peut y distinguer aucun élément éruptif. L'éruption occupe tout le corps, même la paume des mains. Gorge normale, langue un peu saburrale, conjonctive palpébrale un peu rouge. Ganglions dans les aisselles, pas dans la région cervicale.

Pas de bronchite. Rien aux autres viscères.

Le 24, état stationnaire ; température normale.

Le 25, de même.

Le 27, disparition presque complète de l'éruption.

Guérison rapide.

OBSERVATION VIII

Jeune fille de 14 ans qui présente en 1898 les symptômes suivants :

Eruption composée de petites taches rouges, légèrement saillantes, plus petites que dans la rougeole, non uniformes, discrètes, sans angine et sans catarrhe des muqueuses. Exanthème uniformément répandu sur tout le corps. Température 37°8 le premier soir. Légers troubles de l'état général, un peu de fatigue.

Adénopathie sous-angulo-maxillaire et absence d'angine.

Guérison rapide. Grâce à l'isolement aucun de ses frères, ni sœurs ne fut atteint.

L'enfant nous raconta que plusieurs de ses amies du pensionnat avaient la même affection.



CONCLUSIONS

1° La rubéole est une entité morbide, épidémique et contagieuse, le plus souvent bénigne, tout au moins en France, qu'il faut nettement séparer de la rougeole et de la scarlatine.

2° La rubéole se montre par petites épidémies frappant les agglomérations telles que caserne, école, famille.

3° Il convient, étant donnée sa contagiosité, d'isoler les malades et d'exiger, pour leur rentrée dans les écoles, les certificats usuels aux maladies contagieuses.

4° La rubéole est peut être une maladie plus répandue qu'on ne le croit, mais qui passe inaperçue ou que l'on ne songe pas à signaler. En effet l'article de Longuet en 1883 suscita des relations d'épidémies qui avaient eu lieu longtemps auparavant, puisque l'une remontait à 1868; pendant quelques années, l'attention ayant été attirée sur ce point, les observations affluèrent. Enfin nous avons eu à Rennes en 1898 une petite épidémie qui a passé inaperçue, et,

qui n'aurait jamais été signalée si nous n'avions pas eu l'occasion d'observer une de ces petites maladies (obs. VIII) et de recueillir de sa bouche le récit de la maladie de plusieurs de ses compagnes,

Vu : Le Président de la Thèse,
PAUL BERGER.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Alibert.* — Monographie des dermatoses, Paris 1832.
- Stœber.* — Clinique des maladies des enfants de la Faculté de Strasbourg 1841.
- Cazenave et Schœdel.* — Abrégé des maladie la peau 3^{ème} édition.
- Guersanlt et Blache.* — Diction. de médecin. en 30 volumes 1843 art. Roséole.
- Rilliet et Barthez.* — Traité clinique des maladies des enfants, 1843, T. II.
- Paash.* — Journal J. Kinderkrank, 1855, n^{os} 1 et 2.
- Gintrac.* — Cours théorique et clinique de pathologie interne, T. IV, Paris, 1859.
- Balfour.* — The Edimburg medical and surgical Journal, 1857.
- Arnold.* — Bayr. Intelligenzblatt.
- Thierfelder.* — Zuyr. Rubeolenfrage Inaug.dissert. Leipzig, 1868.
- Vogel.* — Deseases of children.
- L. Thomas.* — Journal f. Kinderkrank of., sept. 1872.
- Hébra.* — Traité des maladies de la peau, Paris, 1869.
- Emminghaus.* — Handbuch der Kinderkrank, von C. Gerhardt, 1877. .
- Widovitz.* — Wien medic. Presse, 1890, n^o 48.
- Dice Duckworth.* — The Lancet, 13 mars 1880,

- Internat. méd. Congress, 7^e sess., Londres, 1881, T. IV.
Cheadle (W-B.). — Arch. of Dermatology, juillet 1882.
Tordeus. — Contribut. à l'étude de la rubéole, Journ. de méd., Bruxelles, 1877.
P. Danis. — Thèse de Strasbourg, 1864.
Roger et Damaschino. — Dict. Dech. art. Roséole, 1877.
Gueneau de Mussy. — Clinique médicale, T. II, Paris 1875.
Bez. — Thèse de Paris, 1877.
Jaccoud. — Traité de pathologie interne, 1883.
Raymond — Progrès médical, 1881.
Lécorché et Talamon. — Etudes médicales, 1881.
Longuet. — Union médicale, 1883.
Delastre. — Thèse de Lyon, 1883.
Sevestre. — Année médicale, 1883.
Meigs et Pepper. — Diseases of children, 1882.
Lubansky. — Union médicale, janvier 1884.
Trastour. — id. id.
Daga. — id. id.
Bourneville et Bricon. — Progrès médical, 1884.
Hillairet et Gaucher. — Traité des maladie de la peau, 1885.
Dupré. — Bull. Soc. clinique, 25 mars, 1886.
Rendu. — Id.
Desnos et Desplats. — Bull. Soc. méd. des hôpitaux, Juillet 1886.
Morel-Lavallée. — Gaz. des hôpitaux, août 1887.
Brocq. — Ann. de dermatologie, 1887.
Comby. — Bull. soc. clinique, 1886.
Arnozan. — Journal de médecine de Bordeaux, déc. 1889.
Laveran et Teissier. — Manuel de pathologie interne, 1890.
Juhel-Renoy. — Soc. méd. des hôpitaux, 21 mars 1890.
Talamon. — Id.

Chantemesse. = Id.

Castan. — Montpellier médical, 1890.

Corriveaud. — Journal de médecine de Bordeaux, 1890.

Galliard. — France médicale, 21 novembre 1890.

Hallopeau. — id. 5 décembre 1890.

Perrin. — Marseille médical, 1891.

Lazard. — Thèse de Paris, 1890.

Leflaive. — Gaz. des hôpitaux, 1890.

Didier. — Thèse de Paris, 1891.

Griffith. — The med. record, 1891.

Harrison. — British J. Dermat. London, 1892.

Harrington. — Med. News. Phila., 1892.

Meredith. — The Lancet, 1892.

Wilischanin. — St-Petersb. méd. 1893.

Putnam. — Boston méd., 1893.

Michaelis. — Kinder. Artz. Leipz, 1894.

Frochheimer. — Twentieth cent. Pract. N. Y., 1898.

Sevestre. — Soc. méd. des hôpitaux, 1893.

Koplick. — Arch. f. Kindert. Stuttg. 1900

Jessner. — Heilkunde wien. Leipz, 1900.

Lang. — Phila. m. j., 1900.

Tobeitz. — Arch. f. Kinderh. Stuttg, 1900.

Dukes. — The Lancet, 1900.

Brouardel et Gilbert. — Traité de médecine et de thérapeutique.

Charcot, Bouchard et Brissaud. — Traité de médecine.

Debove et Achard. — Manuel de médecine.

Grancher, Comby et Marfan. — Traité des maladies de l'enfance.

D'Espine et Picot. — Traité pratique des maladies de l'enfance.

Dieulafoy. — Traité de pathologie interne (13^e édition).

